



**DANIELA  
ALEXANDRA  
ALMEIDA SOUSA**

**QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL EM  
DOENTES COM ESQUIZOFRENIA**



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação  
Ano 2015

**DANIELA  
ALEXANDRA  
ALMEIDA SOUSA**

## **QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL EM DOENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **o júri**

Presidente

**Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Este trabalho não é de todo individual, pelo que um agradecimento não é suficiente nem explica a ajuda e empenho que várias pessoas dedicaram para que o mesmo fosse concretizado. Cada pessoa ao seu jeito e contribuindo com diferentes tipos de apoio, foi fundamental para que tudo isto fosse possível. Assim, agradeço e dedico este trabalho:

À Professora Doutora Anabela Pereira, pela orientação dada, pelo esclarecimento de dúvidas, pela paciência, confiança e pelo reforço dado a cada etapa vencida.

À Dr.<sup>a</sup> Lara Pinho, co-orientadora, pela ajuda contínua em todas as etapas, por toda a dedicação, disponibilidade e empenho.

A todos os profissionais das várias instituições em que a amostra foi recolhida, que colaboraram na realização desta investigação.

Aos meus pais e irmão que me apoiam diariamente nesta longa caminhada.

Ao meu namorado, pelo incentivo, pelo apoio, pela paciência e pelos reforços positivos a cada etapa percorrida.

Aos meus amigos e colegas, pelo apoio, pela troca de experiências e partilha de informações.

Por último, mas com um grande obrigado especial, a todas as pessoas que constituem a amostra deste estudo, pois sem elas o mesmo não seria possível. Saliento os utentes com esquizofrenia, pois nem sempre se torna uma situação fácil para os mesmos, uma vez que alguns deles já participaram em inúmeros estudos, mas mesmo assim, mostraram-se completamente empenhados e interessados.

## **palavras-chave**

esquizofrenia, qualidade de vida, satisfação com o suporte social, afeto positivo, afeto negativo.

## **resumo**

A Esquizofrenia é considerada pela OMS como uma das dez doenças mais incapacitantes. Sendo uma perturbação complexa e de carácter crónico, gera prejuízos significativos na qualidade de vida dos pacientes. O interesse por este tema surge aquando da desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos, contudo os avanços no tratamento desta patologia nem sempre vêm acompanhados de melhora na qualidade de vida, fator este que levou a ter também em consideração, aspetos psicossociais. Assim, pretende-se com este estudo contribuir para a compreensão do nível de satisfação com o suporte social e qualidade de vida destes doentes, comparando-os com indivíduos sem psicopatologia.

A amostra é composta por 202 participantes, os quais se dividem em dois grupos, indivíduos com esquizofrenia, que frequentam hospitais na zona norte, centro e sul do país (n=101) e indivíduos sem psicopatologia (n=101), com idades compreendidas entre os 20 e os 75 anos. Os participantes responderam a um protocolo de investigação composto por quatro instrumentos: um questionário sociodemográfico; o WHOQOL-Bref, que avalia a qualidade de vida; a escala de satisfação com o suporte social; e a escala de afeto positivo e negativo.

Os resultados principais evidenciam a pouca literatura existente, mostrando que existem diferenças significativas no que refere à qualidade de vida e satisfação com o suporte social entre os indivíduos com esquizofrenia e indivíduos sem patologia psiquiátrica, sendo que os valores mais baixos destas variáveis se concentram nos indivíduos com esquizofrenia. Para estes doentes, verificou-se que a qualidade de vida está positivamente correlacionada com o suporte social e com o afeto positivo, estando também correlacionada negativamente com o afeto negativo. Contudo, não se verificaram correlações da qualidade de vida com a escolaridade, o número de internamentos e o tempo de doença. A satisfação com o suporte social e o afeto positivo e negativo revelaram-se preditores de qualidade de vida nos indivíduos com esquizofrenia.

No sentido de promover a melhoria da qualidade de vida destes doentes deverão ser tidas em consideração em vários contextos, intervenções psicossociais.

**keywords**

schizophrenia; quality of life; satisfaction with social support; positive affect; negative affect.

**abstract**

Schizophrenia is considered by WHO as one of the ten most disabling diseases. Being a complex and chronic disorder, it generates significant losses in quality of life of patients. The interest in this topic arises when deinstitutionalization of psychiatric patients, but the advances in the treatment of this pathology are not always accompanied by an improvement in the quality of life, a factor that led to have also in consideration, psychosocial aspects. Thus, the aim of this study is to contribute to the understanding of the level of satisfaction with social support and quality of life of these patients, in comparison them to individuals without psychopathology.

The sample consists in 202 participants, which are divided into two groups: subjects with schizophrenia who attend hospitals in the north, center and south of the country ( $n = 101$ ) and individuals without psychopathology ( $n = 101$ ), with ages between 20 and 75 years old. The participants responded to a research protocol consisting in four instruments: a sociodemographic questionnaire; the WHOQOL-Bref which evaluates the quality of life; the satisfaction scale with social support; and the positive and negative affect scale.

The main results point to the limited existing literature, showing that there are significant differences in terms of quality of life and satisfaction with social support among individuals with schizophrenia and individuals without psychiatric pathology, with the lowest values of these variables found in individuals with schizophrenia. For this patients, it has been found that the quality of life is positively correlated with social support and positive affect, being also negatively correlated with negative affect. However, there were found no correlations between quality of life and schooling, the number of admissions or the length of illness. The satisfaction with social support and positive and negative affect proved to be predictors of the quality of life in individuals with schizophrenia.

In order to promote improvements in the quality of life of these patients, psychosocial interventions should be taken into account in various contexts.

## Índice

Introdução .....	1
Método .....	7
Amostra .....	7
Instrumentos .....	10
Procedimentos .....	13
Análise dos Dados .....	13
Resultados .....	13
Discussão .....	17
Referências .....	22

## Introdução

O Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, indica que as perturbações mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença a nível mundial, 23% nos países desenvolvidos. Correspondem ainda a 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial, ocupando a esquizofrenia o terceiro lugar (2,8%) (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Almeida, 2013).

A esquizofrenia afeta cerca de 24 milhões de pessoas em todo o mundo, com maior incidência nos países desenvolvidos. É considerada pela OMS (2009) como uma das dez doenças mais debilitantes que afeta os seres humanos. De acordo com o 3º Censo Psiquiátrico realizado em Portugal, em 2001 verificou-se que no conjunto de perturbações mentais, a esquizofrenia foi a patologia mais frequente, com 3595 doentes (21,2%), com maior prevalência no género masculino (65,1%) e no grupo etário dos 35 aos 64 anos (60,3%). Na procura e necessidade de cuidados de saúde esta patologia distribuía-se maioritariamente em internamento (66,9%), seguida de consultas (30,5%) e por fim com 2,7% as urgências (Sousa, Pinho & Pereira, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009), a esquizofrenia afeta aproximadamente sete em cada mil adultos, sendo que os primeiros sinais da perturbação manifestam-se entre os 15 e os 35 anos.

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a Esquizofrenia caracteriza-se por sintomas como ideias delirantes, alucinações, discurso incoerente, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos, tais como embotamento afetivo, alogia ou avolição. Os sinais da perturbação têm de persistir há pelo menos seis meses, incluindo pelo menos um mês de sintomas ativos (dois ou mais dos sintomas descritos), devendo excluir-se perturbações de humor ou esquizoafetiva, bem como perturbações relacionadas com substâncias ou estados físicos gerais.

Do mesmo modo, a CID-10 (1993) refere que a Esquizofrenia é caracterizada por distorções do pensamento e da perceção e por embotamento afetivo ou afetos inapropriados. Embora alguns défices cognitivos se possam desenvolver ao longo do tempo, os indivíduos com esquizofrenia preservam, geralmente, a consciência, bem como as suas capacidades intelectuais. Dos sintomas psicopatológicos inerentes a esta perturbação destacam-se o eco do pensamento, a imposição ou “roubo” do pensamento, a



divulgação do pensamento, ideias delirantes de controlo, influência ou passividade, percepção delirante e alucinações auditivas.

O início da doença pode ser agudo/insidioso, mas a maioria dos indivíduos apresentam sinais prodrômicos, que se manifestam pelo desenvolvimento lento e progressivo de diversos sinais e sintomas, como por exemplo, isolamento social, perda de interesse, deficiência na higiene e cuidados pelo próprio, entre outros (Campos, 2009).

A esquizofrenia é das perturbações psiquiátricas mais graves. Sendo uma perturbação complexa e de carácter crónico, gera prejuízos significativos na qualidade de vida dos pacientes (Santana, Chianca & Cardoso, 2009).

O interesse pela qualidade de vida na área da saúde surge principalmente aquando a definição de saúde assumida pela OMS em 1948 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença.

A definição que a OMS aplica a qualidade de vida é a da percepção que os sujeitos têm acerca da sua posição na vida em relação à sua inserção em contextos dos sistemas de cultura e valores e ainda, em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações. É assim, um conceito multidimensional, que complexamente abrange domínios como a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e as relações desses fatores com as características ambientais (Vaz-Serra et al., 2006).

A qualidade de vida assenta num conceito amplo, sendo que o termo “qualidade” pode referir-se a um nível padrão ou grau de excelência de algo e o termo “vida”, a um completo estado de atividade funcional da pessoa (incluindo comportamento, desenvolvimento, prazeres e todas as formas de existência) (Souza & Coutinho, 2005).

A qualidade de vida tem-se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crónicas no quotidiano das pessoas e para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspetos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar (Berlim & Fleck, 2003).

São vários os estudos que focam uma relação entre os conceitos saúde, promoção da saúde e qualidade de vida, contudo não existe um consenso absoluto.

Ao longo dos anos, as pesquisas sobre a qualidade de vida têm abrangido diversas populações, tais como, utilizadores dos serviços de saúde (Schalock, 2000), doenças hereditárias (Bullinger et al, 2002); doenças crónicas (Almeida & Loureiro, 2000); e, mais recentemente, sobre a qualidade de vida em pessoas idosas (Berglund & Ericsson, 2003).

A inexistência de cura para a maioria das doenças crónicas tem evidenciado que a mensuração da qualidade de vida é fundamental na avaliação de estratégias de tratamento, tornando-se uma ferramenta importante para direccionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde (Canini, Reis, Pereira, Gir & Pelá, 2004).

No que refere à esquizofrenia, o interesse pela qualidade de vida iniciou aquando o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica nos países desenvolvidos ocidentais, nos anos 60 e 70, o que conduziu a um aumento da preocupação do retorno de doentes mentais crónicos à comunidade (Souza & Coutinho, 2005).

Segundo Katschnig (2006), os pacientes esquizofrénicos que vivem na comunidade, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais (relacionadas, por exemplo, aos seus sintomas), que tornam a permanência em tratamento especializado quase sempre uma necessidade constante. Esses pacientes estão, também, submetidos a diversas formas de preconceito e têm que enfrentar o estigma associado à doença. Contudo, têm recursos pessoais limitados (habilidades sociais e cognitivas restritas) e ambientais (pobreza e ausência de empregos adequados, por exemplo). Esses fatores podem contribuir para as dificuldades desses indivíduos em usufruir de uma qualidade de vida adequada.

Os sintomas positivos da esquizofrenia mostram-se associados a uma pior qualidade de vida em pacientes esquizofrénicos (Gaite et al., 2002; Reine, Lancon, Tucci, Spin & Auquier, 2003), mas alguns estudos não confirmam essa associação (Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt & Smith, 2001).

Em alguns estudos não é confirmada uma associação entre género e qualidade de vida (Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Gaite et al., 2002; Reine, Lancon, Tucci, Spin & Auquier, 2003), assim como entre escolaridade e qualidade de vida (Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Chan & Yu, 2004; Huppert, Weiss, Lim, Pratt & Smith, 2001) em doentes com esquizofrenia.

Os avanços no tratamento da esquizofrenia nem sempre vêm acompanhados da melhora na qualidade de vida destes doentes, o que levou à necessidade de ter em

consideração aspectos psicossociais. Assim, o funcionamento social e o suporte social têm sido considerados como influentes na qualidade de vida destes pacientes (Maldonado, Urízar, García & Dávila, 2012).

As pessoas com esquizofrenia apresentam frequentemente comportamentos interpessoais deficitários, sendo que, o seu comportamento peculiar, a responsividade emocional restrita e a falta de competências sociais atuam como barreiras no estabelecimento e manutenção de novas amizades de suporte. Por sua vez, estas dificuldades no relacionamento social proporcionam uma pobre qualidade de vida e isolamento social em pessoas com esquizofrenia (Coelho & Palha, 2006).

Em perturbações mentais, como a esquizofrenia, o funcionamento social pode estar afetado em diversas áreas, tais como: o auto cuidado (e.g. higiene pessoal, vestir e alimentação); desempenho ocupacional (e.g. funcionamento esperado em atividades remuneradas, estudar, cuidar da casa); funcionamento relacional com os membros da família (e.g. interações esperadas com cônjuges, pais, filhos); e por último, o funcionamento num contexto social mais amplo (e.g. interação social adequada, com membros da comunidade e participação em atividades sociais e de lazer), pelo que é referido pela WHO (1998).

Existem fatores que podem estar relacionados com o défice social das pessoas com esquizofrenia. Esta patologia surge com frequência no final da adolescência ou no início da idade adulta, sendo este um período crítico na aquisição de habilidades e papéis sociais. Assim, alguns autores consideram que o episódio psicótico pode interromper projetos de ingresso ou continuidade de estudos superiores ou início de atividades profissionais. Este facto, pode limitar as tentativas de separação familiar e de desenvolvimento de competências básicas de vida autónoma. Para outros autores, o défice assenta na falta de uso dessas competências sociais por falta de oportunidades ou alterações no ambiente que levam a contingências na execução de habilidades apropriadas. No entanto, existe uma grande multiplicidade de fatores relacionados com a doença que poderão prejudicar as habilidades sociais, envolvendo a cronicidade, a exacerbação e a sintomatologia (Coelho & Palha, 2006).

O suporte social é estimado atualmente como uma variável capaz de promover e proteger a saúde (Siqueira, 2008). O conceito de suporte social é multidimensional e subjetivo, sendo possível defini-lo como, a existência de pessoas em quem o sujeito pode

confiar, que se mostram preocupadas e que o fazem sentir amado e valorizado. Aspetos estes que conduzem o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas, assim terá ao seu dispor recursos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência (Pais-Ribeiro, 2011).

Outros autores centram-se no suporte social como os recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência (Ribeiro, 1999).

Segundo Sarafino (1997), existem cinco tipos básicos de suporte social. O primeiro é o suporte emocional, que se traduz na empatia e preocupação para com o indivíduo. O segundo é o suporte de estima, que ocorre através da expressão da apreciação positiva do indivíduo. O terceiro tipo é o suporte tangível ou instrumental, que envolve assistência direta ao indivíduo. O suporte informativo é o quarto tipo de suporte social, e inclui os conselhos e sugestões. O quinto tipo de suporte social é o suporte de rede, que fornece ao indivíduo o sentimento de pertença a um grupo.

Como nos indica o DSM-5 (APA, 2014), na esquizofrenia ocorrem frequentemente disfunções sociais e ocupacionais significativas. O desenvolvimento educativo e a manutenção do emprego são muitas vezes prejudicados pela avolição ou por outra sintomatologia da perturbação, mesmo quando as capacidades cognitivas estão preservadas. A maioria dos indivíduos não casam ou têm contatos sociais limitados fora do seu meio familiar. O nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais, como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado, está significativamente abaixo do nível previamente atingido ou, quando tem início na adolescência, não se atinge o nível esperado de funcionamento interpessoal, académico ou ocupacional.

Em condições crónicas, no caso de doenças mentais graves como a esquizofrenia, a qualidade de vida e o suporte social tornam-se ainda aspetos mais relevantes, dado que o tratamento não é curativo (Souza & Coutinho, 2005).

Sabe-se que o suporte social é um fator de redução do impacto de perturbações como a esquizofrenia. Estudos mostram que os indivíduos com esquizofrenia apresentam uma rede social menor do que as pessoas sem história de doença mental, verificando-se ainda que as redes destes doentes tendem a ser diminuídas por familiares, o que é frequente em redes onde apenas predominam membros da família (Rodrigues e Madeira, 2009).

O suporte social aumenta a capacidade dos indivíduos para se adaptarem e fazer frente aos acontecimentos stressantes e à vida diária, assim, os indivíduos com esquizofrenia que possuem relações sociais de apoio, relatam melhores condições de vida, menor sintomatologia e menos internamentos do que indivíduos que carecem desse apoio (Maldonado et al., 2012).

Estudos mostraram que a perceção de apoio social, o funcionamento social e outras componentes de apoio social estabelecem uma relação positiva com a qualidade de vida em geral em doentes com esquizofrenia (Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005; Chan & Yeung, 2008; Eack, Newhill, Anderson & Rotondi, 2007). Ritsner (2003), no seu estudo com doentes esquizofrénicos internados descobriu que a melhoria no apoio social foi preditor significativo de melhoria na qualidade de vida. Outro estudo concluiu que um maior número de amigos íntimos é preditor de maior satisfação com a vida em doentes com esquizofrenia (Greenberg et al., 2006).

Uma investigação realizada por Cechnicki, Wojciechowska e Valdez (2008) com indivíduos com esquizofrenia mostrou que pacientes com redes de suporte e apoio social também têm uma maior satisfação subjetiva da qualidade de vida, sendo que uma maior rede social está positivamente correlacionada com mais atividades de lazer e mais contatos sociais.

Numa investigação, Kugo e colaboradores (2006) comparando dois grupos, mostraram que os pacientes com esquizofrenia apresentavam uma menor qualidade de vida nos domínios da saúde física e relações sociais, quando comparados com indivíduos da equipa de enfermagem.

Sabe-se ainda, que existem várias terapias capazes de aumentar o suporte social e a qualidade de vida, indicadas para doentes com esquizofrenia, tais como, a psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientações familiares, abordagens psicossociais em instituições, grupos de autoajuda (Shirakawa, 2000) e programas psicoeducacionais (Pinho, 2013).

Embora nos últimos anos, tenha havido um aumento do interesse no que diz respeito a uma melhor compreensão da qualidade de vida de doentes mentais, é ainda notório a escassez de investigações que avaliem a qualidade de vida e o suporte social de doentes com esquizofrenia, podendo notar-se que, embora de extrema importância, as investigações centram-se muito mais nos cuidadores formais e informais destes doentes do

que no próprio doente. Embora, estas investigações sejam muito importantes e necessárias, não podemos ver o doente simplesmente como “uma dificuldade” e necessidade de adaptação na vida dos familiares e cuidadores mas também ver a dificuldade que a esquizofrenia é na vida do doente, e no quanto esta problemática pode interferir e modificar a vida destas pessoas.

Não será suficiente desinstitucionalizar os doentes para garantir qualidade de vida, mas sim ir mais além, respondendo a todas as suas necessidades para que fiquem integrados na comunidade com uma boa qualidade de vida, tendo ao mesmo tempo, suporte social. Assim sendo, o objetivo geral desta investigação consiste em verificar o nível de qualidade de vida (subjéctiva) e satisfação com o suporte social destes doentes, tendo como comparação indivíduos sem patologia psiquiátrica. Especificando mais os objetivos do estudo, este pretende verificar a possibilidade de relação do género com a qualidade de vida, suporte social e afetividade, por grupos (indivíduos sem psicopatologia e indivíduos com esquizofrenia); averiguar a existência de uma relação entre qualidade de vida com a satisfação com o suporte social e experiência afetiva de doentes com esquizofrenia; verificar a existência de relação entre os graus de escolaridade, número de internamentos psiquiátricos e tempo de doença com a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida; e avaliar o poder preditivo da satisfação com o suporte social e afetividade na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia.

## **Método**

### *Amostra*

A amostra deste estudo é composta por 202 sujeitos, divididos em dois grupos: indivíduos com esquizofrenia (grupo 1-G1) e indivíduos sem patologia psiquiátrica (grupo 2-G2).

G1 é constituído por 101 doentes em acompanhamento numa instituição Psiquiátrica (cinco instituições, do Norte, Centro e Sul do país), obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: (1) preenchimento dos critérios de diagnóstico do DSM-V de esquizofrenia (todos os subtipos), atribuído pelo psiquiatra responsável pelo caso; (2) estar integrado numa das instituições onde decorreu o estudo; (3) ter capacidade cognitiva para responder aos instrumentos; (4) ter contacto com a comunidade atualmente ou recentemente: consulta externa, hospital de dia, internados em agudos ou residentes que saiam ao exterior; (5) sem

sintomas psicóticos ativos que influenciem o preenchimento dos instrumentos. Como critérios de exclusão: (1) duplo diagnóstico; (2) internados crónicos.

No G2 foram incluídos 101 indivíduos do norte, centro e sul do país, (1) sem antecedentes de doença psiquiátrica; (2) sem psicopatologia atual.

**Quadro 1:** Características sociodemográficas da amostra em estudo.

Variáveis	Amostra (n=202)	
	G1 (n=101)	G2 (n=101)
<b>Idade</b>	M= 42.48; DP= 12.26	M= 41.39; DP= 12.42
Min-Máx	20-78	20-75
<b>Género</b>		
Feminino [n (%)]	33 (32.7%)	47 (46.5%)
Masculino [n (%)]	68 (67.3%)	54 (53.5%)
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro [n (%)]	66 (65.3%)	30 (29.7%)
Casado/União de facto [n (%)]	23 (22.8%)	63 (62.4%)
Viúvo [n (%)]	1 (1.0%)	2 (2.0%)
Divorciado/Separado [n (%)]	11 (10.9%)	6 (5.9%)
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever [n (%)]	1 (1.0%)	0
1º ciclo de ensino [n (%)]	17 (16.8%)	7 (6.9%)
2º ciclo de ensino [n (%)]	28 (27.7%)	10 (9.9%)
3º ciclo de ensino [n (%)]	26 (25.7%)	14 (13.9%)
Ensino secundário [n (%)]	23 (22.8%)	35 (34.7%)
Licenciatura [n (%)]	5 (5.0%)	21 (20.8%)
Pós-graduação [n (%)]	0	4 (4.0%)
Mestrado [n (%)]	1 (1.0%)	10 (9.9%)
<b>Situação Laboral</b>		
Empregado [n (%)]	13 (12.9%)	63 (62.4%)
Desempregado [n (%)]	27 (26.7%)	18 (17.8%)
Invalidez [n (%)]	47 (46.5%)	0
Reformado [n (%)]	8 (7.9%)	7 (6.9%)
Baixa [n (%)]	3 (3.0%)	0
Estudante [n (%)]	3 (3.0%)	11 (10.9%)
Empregado e Estudante [n (%)]	0	2 (2.0%)

**Quadro 2:** Frequência de internamentos e tempo de doença para G1.

Variáveis	Amostra (n=101)
<b>Internamento em Psiquiatria</b>	
Sim [n (%)]	91 (90.1%)
Não [n (%)]	10 (9.9%)
<b>Quantidade de Internamentos</b>	
Nenhuma vez [n (%)]	10 (9.9%)
Apenas uma vez [n (%)]	30 (29.7%)
De 2 a 5 vezes [n (%)]	40 (39.6%)
De 6 a 10 vezes [n (%)]	18 (17.8%)
Mais de 10 vezes [n (%)]	1 (1.1%)
Não sabe [n (%)]	1 (1.1%)
<b>Tempo de doença</b>	
Menos de 1 ano [n (%)]	2 (2.0%)
De 1 a 2 anos [n (%)]	1 (1.0%)
De 2 a 5 anos [n (%)]	18 (17.8%)
De 5 a 10 anos [n (%)]	12 (11.9%)
De 10 a 20 anos [n (%)]	28 (27.7%)
Mais de 20 anos [n (%)]	40 (39.6%)

**Quadro 3:** Intervenções e terapias experimentadas por G1.

Variáveis	Amostra (n=101)
<b>Terapias:</b>	
<b>Consultas de Psiquiatria</b>	
Nunca frequentou [n (%)]	0
Já frequentou [n (%)]	3 (3.0%)
A frequentar [n (%)]	98 (97.0%)
Não sabe [n (%)]	0
<b>Consultas de Psicologia</b>	
Nunca frequentou [n (%)]	58 (57.4%)
Já frequentou [n (%)]	22 (21.8%)
A frequentar [n (%)]	20 (19.8%)
Não sabe [n (%)]	1 (1.0%)
<b>Programa de Reabilitação Psicossocial</b>	
Nunca frequentou [n (%)]	55 (54.5%)
Já frequentou [n (%)]	11 (10.9%)
A frequentar [n (%)]	34 (33.7%)
Não sabe [n (%)]	1 (1.0%)



**Programa Psicoeducacional sobre a doença**

Nunca frequentou [n (%)]	64 (63.4%)
Já frequentou [n (%)]	32 (31.7%)
A frequentar [n (%)]	3 (3.0%)
Não sabe [n (%)]	2 (2.0%)

**Programa Psicoeducacional para familiares**

Nunca frequentou [n (%)]	85 (84.2%)
Já frequentou [n (%)]	11 (10.9%)
A frequentar [n (%)]	3 (3.0%)
Não sabe [n (%)]	2 (2.0%)

**Fórum Sócio-Ocupacional**

Nunca frequentou [n (%)]	69 (68.3%)
Já frequentou [n (%)]	13 (12.9%)
A frequentar [n (%)]	18 (17.8%)
Não sabe [n (%)]	1 (1.0%)

---

*Instrumentos*

Foram utilizados quatro instrumentos de avaliação, selecionados de acordo com os objetivos do estudo e ainda com as características na população em questão.

Todos os instrumentos utilizados foram de autorregisto, assim sendo, foram preenchidos pelos próprios indivíduos perante o investigador. No entanto sempre que surgia alguma dificuldade, fosse ela de simples entendimento da questão, de alguma dificuldade orgânica ou literária, o investigador explicava ou assumia o registo das respostas do participante.

Antes de procederem ao preenchimento dos questionários, os indivíduos assinaram o consentimento informado, sendo que este os esclarecia dos objetivos da investigação; procedimentos; a duração da participação; os riscos, benefícios e custos para o participante e sobre a confidencialidade.

*Questionário sociodemográfico*

Constituído por questões de resposta fechada, com o objetivo de informar sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes, abrangia questões como a idade, género, distrito, estado civil, grau de escolaridade, com quem vive, número de filhos, situação laboral, outras atividades e ocupações, se já esteve internado em psiquiatria, que tipo de medicação psiquiátrica faz, o tipo de terapia que frequenta, história e consumo atual

de substâncias, e por último, há quanto tempo tem a doença (para indivíduos com esquizofrenia).

*Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo – Versão Reduzida (PANAS-VRP; Galinha, Pereira & Esteves, 2014)*

A PANAS é uma escala que foi desenvolvida inicialmente por Watson, Clark e Tellegen (1988, citados por Galinha et al., 2014), com o objetivo de medir o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN), definidos como dimensões gerais que caracterizam a experiência afetiva dos indivíduos. A pontuação varia de 5 a 25 valores, assim, um AN elevado demonstra desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo emoções como medo, nervosismo e perturbação, por sua vez, um AP elevado caracteriza prazer e bem-estar subjetivo, considerando emoções como entusiasmo, inspiração e determinação.

Este instrumento pode medir o estado afetivo, o humor ou o afeto traço dos indivíduos (Watson & Clark, 1997, citados por Galinha et al., 2014).

*WHOQOL-BREF (Vaz Serra e colaboradores, 2006)*

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se o instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS - WHOQOL-Bref.

A Organização Mundial de Saúde elaborou, nos anos 90, um instrumento de avaliação da QV: o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), deste instrumento surgiu uns anos mais tarde uma versão mais abreviada e de aplicação mais rápida, o WHOQOL-Bref, adaptado para a População Portuguesa em 2007 pelo grupo liderado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro. Este instrumento de avaliação subjetiva da QV foi desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas. Esta versão abreviada, composta por 26 itens, sendo 2 mais gerais, relativos à perceção geral da QV e à perceção geral de saúde, e os restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original (Vaz Serra et al., 2006). Estes 24 itens estão divididos em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e meio ambiente.

O “domínio físico”, inclui sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18); o “domínio psicológico” inclui seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26); o “domínio relações sociais” é composto

3 itens (20, 21, 22), por último, o quarto domínio, “domínio meio ambiente” inclui oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

As perguntas que compõem o instrumento estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos.

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

#### *Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999)*

O instrumento utilizado para avaliar a SSS foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999; 2011), que tem como objetivo avaliar a satisfação com o suporte social, relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais.

Este instrumento avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Siqueira, 2008).

ESS é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões: A primeira dimensão, “satisfação com amigos”, mede a satisfação com as amizades/amigos, e é constituída por cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15); A segunda dimensão, “intimidade”, mede a percepção da existência de suporte social íntimo, é constituída por quatro itens (itens 1, 4, 5, 6); A terceira dimensão, “satisfação com a família” mede a satisfação com o suporte social familiar existente, é constituída por três itens (itens 9, 10, 11); A quarta dimensão, “atividades sociais”, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza, é constituída por três itens (itens 2, 7, 8). Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. Os itens, 4,5,9,10,11,12,13,14, e 15, são inversos. A pontuação total varia entre 15 e 75, sendo que quanto maior o valor, maior a percepção de suporte social (Pais-Ribeiro, 1999; 2011).

### *Procedimentos*

Num momento inicial efetuou-se uma revisão da literatura em bases de dados (*PubMed* e *Scopus*) e em bibliografia científica de referência. Como palavras-chave para a pesquisa em bases de dados foram utilizadas: “*quality of life*”; “*schizophrenia*” e “*social support*”.

Posteriormente, foram preparados os elementos necessários à condução do estudo: elaboração do consentimento informado e questionário sociodemográfico; seleção dos instrumentos para constituírem o protocolo do estudo; elaboração e envio dos pedidos de autorização às instituições psiquiátricas para recolha de dados da amostra. Depois da autorização das instituições, procedeu-se da seguinte forma: seleção dos doentes, juntamente com o médico ou psicólogo, que preenchiam os critérios de inclusão; explicação do estudo aos utentes, consentimento informado e preenchimento dos questionários. Concomitantemente, foram aplicados os questionários a indivíduos sem patologia psiquiátrica.

### *Análise dos Dados*

Após a recolha dos dados, realizada através dos instrumentos que fazem parte do protocolo do estudo, foi construída uma base de dados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0. Foram introduzidos os dados e realizada a codificação de variáveis em análise. Posteriormente efetuou-se o procedimento estatístico dos dados. Foram realizadas análises descritivas para as variáveis sociodemográficas com o objetivo de caraterizar a amostra do estudo e ainda para comparar as médias entre os grupos dos vários domínios da qualidade de vida, satisfação com o suporte social, afeto positivo e negativo. Efetuou-se uma análise de comparação entre grupos, com recurso ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*. Posteriormente, com o teste não paramétrico de correlação de *Spearman* analisou-se a relação entre variáveis. Para uma análise preditiva das variáveis em estudo efetuou-se uma análise de regressão múltipla.

### **Resultados**

Com o objetivo de verificar as médias das pontuações obtidas por cada grupo para as diferentes variáveis, recorreu-se à análise descritiva.

Os indivíduos que constituíram o G2 (grupo sem psicopatologia) revelaram valores mais altos que G1 (grupo com esquizofrenia) no que respeita à qualidade de vida e a todos os domínios que desta fazem parte.

**Quadro 4:** Média obtida para cada domínio de qualidade de vida em ambos os grupos.

Varáveis	Amostra (n=202)	
Domínios da Qualidade de Vida	G1 (n=101)	G2 (n=101)
Domínio Físico	M=61.69; DP=17.59	M=75.49; DP=14.63
Domínio Psicológico	M=62.41; DP=18.09	M=76.69; DP=12.95
Domínio das Relações Sociais	M=51.75; DP=24.05	M=74.50; DP=16.53
Domínio Ambiente	M=60.66; DP=13.58	M=66.43; DP=14.29
Domínio Geral	M=57.30; DP=21.44	M=69.80; DP=15.23

As pontuações, para cada domínio variam entre 0-100, sendo que quanto mais alto o valor, melhor a qualidade de vida (subjettiva).

No que refere à satisfação com o suporte social e seus domínios, G2 revelou pontuações mais altas que G1.

**Quadro 5:** Média obtida para cada fator de satisfação com o suporte social em ambos os grupos.

Varáveis	Amostra (n=202)	
Satisfação com o Suporte Social	G1 (n=101)	G2 (n=101)
Satisfação com Amigos	M=14.39; DP=6.75	M=19.44; DP=4.21
Intimidade	M=12.09; DP=4.21	M=15.54; DP=3.93
Satisfação com a família	M=11.41; DP=3.94	M=12.46; DP=2.86
Atividades Sociais	M=8.33; DP=3.27	M=9.21; DP=2.97
Satisfação com o Suporte Social Geral	M=46.24; DP=13.84	M=56.64; DP=10.72

A pontuação para a satisfação com amigos varia entre 5-25; Intimidade: 4-20; Satisfação com a família: 3-15; Atividades Sociais: 3-15 e, Satisfação com o Suporte Social Geral: 15-75. Quanto maior o valor, maior a perceção do domínio, ou da satisfação com o suporte social geral.

G2 obteve pontuações mais altas a nível de afeto positivo e mais baixas no afeto negativo, em comparação com G1.

**Quadro 6:** Média obtida para o afeto positivo e afeto negativo em ambos os grupos.

Varáveis	Amostra (n=202)	
	G1 (n=101)	G2 (n=101)
<b>Afeto Positivo</b>	M=15.91; DP=4.26	M=18.76; DP=3.19
<b>Afeto Negativo</b>	M=11.46; DP=4.56	M=9.53; DP=3.92

A pontuação para o afeto positivo e afeto negativo varia entre 5 e 25, sendo que um afeto positivo alto remete para prazer e bem-estar subjetivo, e um afeto negativo elevado caracteriza desprazer e mal-estar subjetivo.

Com o objetivo de comparar os grupos (G1 e G2) a nível de qualidade de vida subjetiva, satisfação com o suporte social e afeto positivo e negativo, procedeu-se à realização de estatísticas não paramétricas, nomeadamente ao *Mann-Whitney Test*.

Verificou-se que existem diferenças significativas entre o grupo G1 e G2 a nível da qualidade de vida  $U= 3285.00$ ,  $p<.001$ ; da satisfação com o suporte social  $U=2733.50$ ,  $p<.001$ ; do afeto positivo  $U= 3007.00$ ,  $p<.001$ ; e do afeto negativo  $U=3839.00$ ,  $p=.002$ . G2 relata maior qualidade de vida, suporte social e afeto positivo que G1. G1 relata maior afeto negativo do que G2.

**Quadro 7:** Diferenças entre os dois grupos a nível de qualidade de vida, suporte social, afeto positivo e negativo.

	G1 (n=101) Ordem Média	G2 (n=101) Ordem Média	<i>U</i>
Qualidade de vida	83.52	119.48	3285.00***
Satisfação com o suporte social	78.06	124.94	2733.50***
Afeto Positivo	80.57	121.23	3007.00***
Afeto Negativo	113.99	89.01	3839.00**

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$

Comparou-se ainda, cada grupo por género, a nível da qualidade de vida, satisfação com o suporte social, afeto positivo e negativo.

No que refere a G1, não se verificaram diferenças significativas entre o género feminino e masculino, a nível de qualidade de vida  $U= 999.00$ ,  $p=.365$ ; da satisfação com o suporte social  $U= 967.00$ ,  $p=.262$ ; do afeto positivo  $U= 893.00$ ,  $p=.148$ ; e do afeto negativo  $U= 920.50$ ,  $p=.143$ .

No G2, não se verificaram igualmente diferenças significativas entre o género feminino e masculino, a nível de qualidade de vida  $U= 1206.50$ ,  $p=.652$ ; da satisfação com o suporte social  $U= 1265.50$ ,  $p=.981$ ; do afeto positivo  $U= 1202.00$ ,  $p=.646$ ; e do afeto negativo  $U= 1179.50$ ,  $p=.539$ .

Seguindo o objetivo de averiguar a existência de uma relação entre as variáveis qualidade de vida e satisfação com o suporte social; qualidade de vida e afeto positivo e negativo; qualidade de vida e satisfação com suporte social em relação à escolaridade, número de internamentos psiquiátricos e tempo de doença, para o grupo 1, procedeu-se à realização de um teste não paramétrico, a *Correlação de Spearman*.

Com a análise dos resultados verificou-se que a qualidade de vida está positiva e fortemente correlacionada com o suporte social,  $r_s=.506$ ,  $p<.001$ . Maior satisfação com o suporte social está associado a uma maior qualidade de vida.

A qualidade de vida está positiva e moderadamente correlacionada com o afeto positivo,  $r_s=.486$ ,  $p<.001$  e negativa e fortemente correlacionada com o afeto negativo,  $r_s= -.507$ ,  $p<.001$ .

Não existe relação entre a variável qualidade de vida e grau de escolaridade,  $r_s= -.58$ ,  $p=.562$ . Do mesmo modo, não se verifica uma relação entre satisfação com o suporte social e escolaridade,  $r_s= -.019$ ,  $p=.854$ .

Quanto à variável número de internamentos, não se verifica uma relação com a qualidade de vida,  $r_s= -.067$ ,  $p=.510$ , nem com a satisfação com o suporte social,  $r_s= -.156$ ,  $p=.122$ .

No que refere à variável tempo de doença, não se verifica, do mesmo modo, uma relação com a qualidade de vida,  $r_s= -.44$ ,  $p=.662$ , nem com a satisfação com o suporte social,  $r_s= -.126$ ,  $p=.210$ .

Os testes de associação permitem-nos testar a relação entre duas ou mais variáveis mas não nos permitem saber acerca do poder preditivo das variáveis em causa, sendo assim, uma vez que o objetivo, para G1, também era analisar o poder preditivo de variáveis numa outra variável recorreu-se as análises de regressão, sendo esta uma análise de regressão múltipla (predição de uma variável predita a partir de vários preditores).

Foi então realizada uma análise de regressão Múltipla para testar se a satisfação com o suporte social, o afeto positivo e o afeto negativo são preditores de qualidade de vida no G1. Foram anteriormente realizados testes de associação para verificar se os preditores estão relacionados com a variável predita.

Como podemos verificar no passo anterior, as variáveis selecionadas como candidatas a preditoras, todas se encontram correlacionadas com a variável qualidade de vida, portanto, todas elas foram incluídas na análise de regressão.

Os resultados da análise de regressão indicam que o modelo de regressão é estatisticamente significativo ( $p < .05$ ) e explica 47.6% da variância,  $R^2 = .476$ ,  $F(3, 96) = 29.04$ ,  $p < .001$ .

Verificamos que a satisfação com o suporte social é preditora de qualidade de vida  $\beta = .26$ ,  $t(96) = 3.11$ ,  $p = .001$ , 95% CI [.15, .66]. É um preditor positivo, assim, níveis superiores de satisfação com o suporte social são preditores de níveis superiores de qualidade de vida.

O Afeto Positivo é preditor de qualidade de vida  $\beta = .28$ ,  $t(96) = 3.47$ ,  $p = .002$ , 95% CI [.61, 2.22]. É um preditor positivo, assim, níveis superiores de afeto positivo são preditores de níveis superiores de qualidade de vida.

O Afeto Negativo é preditor de qualidade de vida  $\beta = -.36$ ,  $t(96) = -4.32$ ,  $p = .001$ , 95% CI [-2.44, -.90]. É um preditor negativo, assim, níveis inferiores de afeto negativo são preditores de níveis superiores de qualidade de vida.

## **Discussão**

A melhoria da qualidade de vida é um resultado importante para o tratamento da esquizofrenia. Estudos sobre qualidade de vida nestes doentes focam-se principalmente na sintomatologia psiquiátrica, indicando que sintomas negativos, como a ansiedade e a depressão, têm um impacto negativo na qualidade de vida. No entanto, é necessário



relacionar a qualidade de vida com aspetos psicossociais para que esta não fique limitada e os tratamentos evoluam num sentido mais abrangente.

Mesmo sendo o suporte social considerado o melhor fator de proteção para a saúde mental, poucos estudos abordam a sua relação com a qualidade de vida.

Apesar de serem reduzidos os estudos realizados nesta área, principalmente com a população portuguesa, foi possível constatar que os resultados de diferentes estudos tocavam em aspetos comuns, estabelecendo uma relação entre maior suporte social com menor sintomatologia e melhor qualidade de vida.

Assim, este estudo de investigação pretendeu relacionar a qualidade de vida com a satisfação com o suporte social, afetividade e algumas variáveis sociodemográficas.

Após a análise da amostra, concluiu-se que, para ambos os grupos, esta é representada em maior número pelo género masculino, sendo que é notada uma maior discrepância em G1. Estes resultados já eram de esperar, uma vez que é sabido que a esquizofrenia tem maior incidência no sexo masculino.

Em relação ao estado civil é notada uma discrepância entre os grupos, sendo que G1 apresenta-se maioritariamente solteiro e G2 maioritariamente casado/união de facto. No que refere à escolaridade, G1 mostra maiores números a nível do segundo e terceiro ciclo, enquanto os números de G2 se centram no ensino secundário. A situação laboral também assume uma elevada disparidade entre grupos dado que G1 apresenta maior número na reforma por invalidez e G2 está maioritariamente empregado. Para G1, estes dados, por si só, podem remeter para uma melhor dificuldade em aceder a uma maior qualidade de vida e satisfação com o suporte social. Contudo, análises neste sentido não puderam ser realizadas, uma vez que a amostra a nível de estado civil e situação laboral não era homogénea, para o G1.

Sabe-se que existem algumas terapias/intervenções destinadas a doentes com esquizofrenia que visam uma melhor qualidade de vida e suporte social, como nos refere Shirakawa (2000). Contudo, depois da análise da amostra do G1 foi notório que estas intervenções não chegam a um número considerável de doentes sendo que, os valores da amostra que nunca frequentaram as terapias é de 57.4% para a consulta de psicologia, 54.5% para programas de reabilitação psicossocial, 63.4% para programas psicoeducacionais sobre a doença, 84.2% para os programas de psicoeducação familiar, e 68.3% para fórum socio-ocupacional. Os valores mostram que as intervenções são

maioritariamente apenas focadas na sintomatologia da doença, ou seja, a terapêutica que toda a amostra frequenta ou já frequentou é unicamente a consulta de psiquiatria. Por serem valores tão discrepantes entre a frequência ou não de uma terapia, não foi possível relacionar o tipo de terapia com a qualidade de vida e satisfação com o suporte social. Estes resultados sugerem que é necessário um maior investimento em terapias que visem inserir o indivíduo na sociedade melhorando a sua qualidade de vida.

A comparação efetuada entre G1 e G2 mostrou que existiam diferenças significativas entre os grupos, a nível de qualidade de vida, satisfação com o suporte social, afeto positivo e negativo, sendo que, G2 apresenta maiores valores a nível de qualidade de vida, satisfação com o suporte social e afeto positivo, e valores menores para o afeto negativo. O estudo realizado por Kugo e colaboradores (2006) também já tinha encontrado valores menores de qualidade de vida, no que respeita ao domínio da saúde física e relações sociais, em doentes com esquizofrenia, em comparação com indivíduos sem esquizofrenia. Também Rodrigues e Madeira (2009) abordam esta mesma relação a nível do suporte social no que refere à comparação entre indivíduos com e sem esquizofrenia.

Em todos os domínios de qualidade de vida e suporte social, a média obtida pelo G2 foi superior ao G1. No que refere à afetividade, G1 mostra em média mais afeto negativo e menor afeto positivo que G2. Apesar dos resultados serem significativos entre os doentes com esquizofrenia e indivíduos sem psicopatologia a nível da qualidade de vida e suporte social, não assumiram uma elevada discrepância. Este resultado pode dever-se ao facto dos instrumentos de avaliação indicarem a perceção da pessoa, assim os indivíduos com esquizofrenia podem anular ou diminuir as suas expectativas em relação à qualidade de vida e/ou suporte social. Desta forma, seriam pertinentes novos estudos que utilizassem outros instrumentos de avaliação e incluir os profissionais de saúde e familiares na avaliação, para comprovar estes resultados. A criação de outros instrumentos de avaliação, específicos para esta população e que avaliassem o suporte social e a qualidade de vida, também seria bastante importante.

Na comparação de cada grupo por género não se verificaram diferenças significativas a nível de qualidade de vida (tal como nos estudos de Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Gaite et al., 2002; Reine, Lancon, Tucci, Spin & Auquier, 2003, para doentes com esquizofrenia), satisfação com o suporte social, afeto positivo e afeto negativo. Contudo, para o G1 é necessário ter em consideração que a amostra entre o

género feminino e masculino assumia alguma discrepância, o que poderá ter alguma influência os resultados.

Para G1, verificou-se que a qualidade de vida está positivamente correlacionada com a satisfação com o suporte social, tal como outros estudos já tinham concluído (Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005; Cechnicki, Wojciechowska e Valdez, 2008; Chan & Yeung, 2008; Eack, Newhill, Anderson & Rotondi, 2007). Apurou-se ainda que a qualidade de vida e o afeto positivo se correlacionam positivamente e negativamente com o afeto negativo (o que vai de encontro às investigações de Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Gaite et al., 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt & Smith, 2001, em relação aos afetos negativos). Não foram verificadas relações entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social com a escolaridade (tal como os estudos também não verificaram a relação entre qualidade de vida e escolaridade - Ruggeri, Gater, Bisoffi, Barbui & Tansella, 2002; Chan & Yu, 2004; Huppert, Weiss, Lim, Pratt & Smith, 2001), número de internamentos e tempo de doença.

Olhando ao poder preditivo das variáveis, foi possível concluir que a satisfação com o suporte social, o afeto positivo e afeto negativo são preditores de qualidade de vida nos doentes com esquizofrenia. Já os estudos de Ritsner (2003) e Greenberg e colaboradores (2006) tinham chegado à conclusão no que refere à predição do suporte social e seus componentes na qualidade de vida.

A amostra deste estudo foi composta por várias instituições, de diferentes pontos do país, o que se torna um aspeto bastante positivo, pois permitiu a verificação de diferentes realidades. Assim, também foi possível verificar as várias intervenções realizadas com estes doentes, dependendo de instituição para instituição.

Uma vez que este estudo é de natureza transversal, seria pertinente realizar estudos futuros longitudinais, estudando os doentes em várias fases da doença, verificando assim o sentido da evolução da qualidade de vida e suporte social ao longo do tempo.

Este estudo pretendeu aumentar o conhecimento sobre a qualidade de vida e o suporte social dos pacientes com esquizofrenia, contribuindo para a compreensão do impacto da doença, assim como no desenvolvimento de intervenções que possam aumentar o suporte social destes doentes, para que, consequentemente desfrutem de uma melhor qualidade de vida.

Os resultados desta investigação dão um excelente contributo ao alertarem para a importância do apoio social para pessoas com esquizofrenia. Estes sugerem que as intervenções que se proponham melhorar a qualidade de vida devem abranger terapias que visem reduzir os sintomas negativos, juntamente com intervenções que reforcem o apoio social.

Assim, a presente investigação alerta para a necessidade de serem incentivadas estratégias facilitadoras de mais tratamentos psicossociais e que estes possam chegar a todas as pessoas da comunidade, de forma a promover a qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia.

## Referências

- Almeida, A. C. & Loureiro, S. R. (2000). Qualidade de vida no pós-TMO. Em multidisciplinaridade e reforma: temas, práticas e políticas. *Anais, VIII Ciclo de Saúde Mental*. Ribeirão Preto: São Francisco Gráfica e Editora.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berglund, A. L. & Ericsson, K. (2003). Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice*, 2(9), 112-119.
- Berlim, M. & Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 249-252.
- Bullinger, M., Von Mackensen, S., Fischer, K., Khair, K., Petersen, C., Ravens Sieberer, U., Rocino, A., Sagnier, P., Tusell, J. M., Van Den Berg, M. & Vicariot, M. (2002). Pilot testing of the "Haemo-QoL" quality of life questionnaire for hemophiliac children in six European countries. *Hemophilia*, 8 (2), 47-54.
- Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de Cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Canini, S. R. M. S., Reis, R. B., Pereira, L. A., Gir, E. & Pelá, N. T. R. (2004). Qualidade de vida em indivíduos com HIV/AIDS. *Ver Latino-am Enfermagem*, 12 (6), 940-945.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E., & Renaud, S. (2005). Predictors of Quality of Life in Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41 (4), 399-416. doi: 10.1007/s10597-005-5077-8
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A., & Valdez, M. (2008). The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalisation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 31-38.
- Chan, S. W., & Yeung, F. C. (2008). Path models of quality of life among people with schizophrenia living in the community in Hong Kong. *Community Ment Health J*, 44, 97-112. doi: 10.1007/s10597-007-9114-7
- Chan, S., & Yu Iu, W. (2004) Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 45 (1), 72-83.
- Coelho, C. S. M., & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

- Eack, S. M., Newhill, C. E., Anderson, C. M., & Rotondi, A. J. (2007). Quality of life for persons living with schizophrenia: more than just symptoms. *Psychiatr Rehabil J.*, 30 (3), 219-222.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., Thornicroft, G., Becker, T., Ruggeri, M., & Herran, A. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*, 105 (4), 283-92.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28 (1), 53-65.
- Greenberg, J. S., Knudsen, K. J., & Aschbrenner, K. A. (2006). Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv.*, 57 (12), 1771-1777.
- Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*, 51(2-3), 171-80.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5 (3), 139-45.
- Kugo, A., Terada, S., Ishizu, H., Takeda, T., Sato, S., Habara, T., Fujimoto, Y., Namba, T., Horii, S., & Kuroda, S. (2006). Quality of life for patients with schizophrenia in a japanese psychiatric hospital. *Psychiatry Research*, 144, 49-56. doi:10.1016/j.psychres.2005.06.012
- Maldonado, J. G., Urizar, A. C., García, M. F., & Dávila, P. F. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Esquizofrenia*.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo editora.
- Pinho, L. M. G. (2013). *Esquizofrenia: eficácia de um programa de psicoeducação com familiares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Reine, G., Lancon, C., Di Tucci, S., Sapin, C., & Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (4), 297-303.
- Ritsner M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191 (5), 287-294.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C., & Tansella, M. (2002) Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. *Acta Psychiatr Scand*, 105 (2), 131-40.
- Santana, A. F. F. A., Chianca, T. C. M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *J. Bras Psiquiatr.*, 58 (3), 187-194.
- Sarafino, E., P. (1997). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Hoboken, NJ: John Wiley e Sons Inc.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other developmental Disabilities*, 2(15), 116-127. doi:10.1177/108835760001500207
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Ver Bras Psiquiatr*, 22 (I), 56-58.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
- Sousa, D. A., Pinho, L. M. G. & Pereira, A. S. (no prelo). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Revista Psicologia Saúde & Doenças*.
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. F. (2005). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 50-58.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998). *Schizophrenia and public health*. WHO: Geneva.

- Xavier, M., Batista, H., Mendes, J, Magalhães, P., & Almeida, J. M. C. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 19.



## **ANEXOS**

## **Anexo 1:** Formulário para pedido de autorização às instituições



Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

--Instituição--

Daniela Alexandra Almeida Sousa, estudante do mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, encontrando-se a completar o mesmo na Universidade de Aveiro, sob a orientação da Professora Doutora Anabela Pereira e em parceria com a Dr.<sup>a</sup> Lara Pinho (a concluir o seu doutoramento em Psicologia) vem por este meio requerer a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> se digne a autorizar a realização de um estudo de investigação. O estudo incidirá sobre a investigação acerca da qualidade de vida e suporte social nos utentes com Esquizofrenia, cuja parte da recolha de dados pretende ser realizada na unidade de Psiquiatria do --Instituição--, a utentes com esquizofrenia.

Pretende-se que seja um trabalho de elevada utilidade para a saúde mental em Portugal, tendo como principal objetivo a obtenção de ganhos em saúde, tendo em conta o Programa Nacional para a Saúde Mental.

Segue em anexo informação mais detalhada.

Pede deferimento

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional

Com os melhores cumprimentos

Daniela Alexandra Almeida Sousa

**Contato:** 91 690 35 37 ou danielasousa\_6@hotmail.com

## Anexo 2: Consentimento informado

### Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, Daniela Sousa, está a realizar um estudo relacionado com a Qualidade de Vida e Suporte Social em Doentes com Esquizofrenia.

#### Objetivo da investigação

Nesta investigação pretende-se ampliar o conhecimento existente sobre a qualidade de vida e o suporte social em doentes com esquizofrenia e a sua comparação com indivíduos sem patologia psiquiátrica, de forma a poder contribuir para intervenções futuras na área da saúde mental, de acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental.

#### Procedimentos

A presente investigação compreende a participação de vários doentes com esquizofrenia e de indivíduos sem patologia psiquiátrica que aceitem participar no estudo.

O participante apenas tem que responder a alguns questionários com a ajuda do investigador. Os dados são anónimos e confidenciais.

#### Duração da participação

Aproximadamente 15 minutos.

#### Riscos para o participante

O estudo não apresenta qualquer risco para o participante.

#### Benefícios para o participante

A sua participação contribuirá para aumentar os conhecimentos relativamente à esquizofrenia e servirá de suporte para futuras intervenções que visem aumentar a qualidade de vida e o suporte social nos doentes com esta patologia.

#### Custos para o participante

Não existe qualquer custo pela sua participação neste estudo.

#### Confidencialidade

A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante. Serão apenas utilizados para efeitos da presente investigação.

#### Natureza voluntária da participação

A participação nesta investigação é voluntária. Mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador.

#### Informação de contacto

Caso tenha alguma questão quanto a esta experiência deverá contactar a investigadora responsável pela mesma, Daniela Sousa, através do e-mail d.sousa@ua.pt.

FOI-ME DADA A OPORTUNIDADE DE LEITURA DESTE CONSENTIMENTO INFORMADO E FOI-ME EXPLICADO O PROCEDIMENTO DA INVESTIGAÇÃO. FOI-ME DADA PERMISSÃO PARA COLOCAR QUESTÕES ACERCA DA INVESTIGAÇÃO E ESSAS QUESTÕES FORAM-ME EXPLICADAS. ESTOU PREPARADO/A PARA PARTICIPAR NO PROJETO ACIMA DESCRITO.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
O investigador

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Anexo 3: Questionário Sociodemográfico

#### QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Código: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

3. Estado civil: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_Solteiro(a)\_\_\_\_Casado(a)/União de facto\_\_\_\_Viúvo(a)\_\_\_\_Divorciado(a)/Separado(a)

4. Grau de escolaridade: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_Não sabe ler nem escrever \_\_\_\_1º ciclo de ensino (ensino primário)  
\_\_\_\_2º ciclo de ensino (6º ano) \_\_\_\_3º ciclo de ensino (9º ano)  
\_\_\_\_Ensino secundário (12º ano) \_\_\_\_Licenciatura  
\_\_\_\_Pós-graduação \_\_\_\_Mestrado \_\_\_\_Doutoramento

5. Com quem vive: Selecione todas as que se apliquem  
\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_ Sozinho \_\_\_\_ Pais \_\_\_\_ Pai \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Cônjuge/Companheiro  
\_\_\_\_ Filho/a \_\_\_\_ Irmão/irmã \_\_\_\_ Outro familiar \_\_\_\_ Outro não familiar

6. Filhos: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Quantos: \_\_\_\_\_ Vive com eles? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
Se não, com quem vive(m)? \_\_\_\_\_

7. Distrito: \_\_\_\_\_  
Concelho: \_\_\_\_\_

8. Situação Laboral: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_ Estudante \_\_\_\_ Empregado \_\_\_\_ Desempregado \_\_\_\_ Invalidez \_\_\_\_ Reformado

8.1 Já alguma vez trabalhou? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, há quanto tempo deixou de trabalhar: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_ < 1 ano \_\_\_\_ 1 a 2 anos \_\_\_\_ 2 a 5 anos \_\_\_\_ 5 a 10 anos \_\_\_\_ 10 a 15 anos  
\_\_\_\_ 15 a 20 anos \_\_\_\_ > 20 anos

Quanto tempo trabalhou: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_ 0 a 2 anos \_\_\_\_ 2 a 5 anos \_\_\_\_ 5 a 10 anos \_\_\_\_ 10 a 15 anos \_\_\_\_ 15 a 20 anos  
\_\_\_\_ > 20 anos

Profissão atual ou passada: Escolha uma das seguintes respostas  
\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_ Operário fabril  
\_\_\_\_ Profissional de Saúde (médico, enfermeiro ou outro) \_\_\_\_ Professor  
\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

9. Outras atividades/ocupações: Selecione todas as que se apliquem  
\_\_\_\_ Voluntariado \_\_\_\_ Grupos desportivos \_\_\_\_ Grupos convívio \_\_\_\_ Associações  
\_\_\_\_ Curso Profissional \_\_\_\_ Outros: Quais: \_\_\_\_\_

10. Consumo de substâncias atual? Selecione todas as que se apliquem

\_\_\_ Nenhum \_\_\_ Tabaco \_\_\_ Cannabinóides \_\_\_ Álcool  
\_\_\_ Outras drogas, quais? \_\_\_\_\_

11. História de consumo de substâncias? Selecione todas as que se apliquem

\_\_\_ Nenhum \_\_\_ Tabaco \_\_\_ Cannabinóides \_\_\_ Álcool  
\_\_\_ Outras drogas, quais? \_\_\_\_\_

.....

12. Já esteve internado em Psiquiatria?

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

12.1. Quantas vezes? \_\_\_ Apenas 1 \_\_\_ De 2 a 5 vezes \_\_\_ De 8 a 10 vezes  
\_\_\_ Mais de 10 vezes

12.2. Esteve internado no último ano?

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

12.3. Esteve internado nos últimos 5 anos?

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

13. Que tipo de medicação faz?

\_\_\_ Oral:

\_\_\_ Ansiolíticos \_\_\_ Antipsicóticos atípicos \_\_\_ Antipsicóticos típicos

\_\_\_ Antidepressivos \_\_\_ Estabilizadores de Humor \_\_\_ Anticolinérgicos

\_\_\_ Injetável de longa duração típico:

\_\_\_ Haldol Decanoato \_\_\_ Anatsol Decanoato \_\_\_ Cisordinol

\_\_\_ Fkuanxol Retard \_\_\_ Cisordinol Depot

\_\_\_ Injetável de longa duração atípico:

\_\_\_ Risperdal Consta \_\_\_ Xaplion

14. Tipo de terapia:

	A frequentar	Nunca frequentou	Já frequentou
Consulta de Psiquiatria			
Consulta de Psicologia			
Consultas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica			
Programa de Reabilitação Psicossocial			
Programa Psicoeducacional sobre a doença			
Programa Psicoeducacional para familiares			
Fórum Sócio-ocupacional			
Intervenção Domiciliar			

15. Há quanto tempo tem a doença?

\_\_\_ Menos de 1 ano \_\_\_ De 1 a 2 anos \_\_\_ De 2 a 5 anos

\_\_\_ De 5 a 10 anos \_\_\_ De 10 a 20 anos \_\_\_ Há mais de 10 anos

#### Anexo 4: PANAS-VRP

### ESCALAS DE AFECTO POSITIVO AFECTO NEGATIVO- versão REDUZIDA (PANAS-VRP)

Mais abaixo encontram-se algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente à sua resposta. Indique em que medida se sente assim em geral.

	<i>Muito pouco ou nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderadame nte</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremam ente</i>
1. Inspirada/o	1	2	3	4	5
2. Amedrontada/o	1	2	3	4	5
3. Activa/o	1	2	3	4	5
4. Culpada/o	1	2	3	4	5
5. Nervosa/o	1	2	3	4	5
6. Assustada/o	1	2	3	4	5
7. Atormentada/o	1	2	3	4	5
8. Entusiasmada/o	1	2	3	4	5
9. Determinada/o	1	2	3	4	5
10. Interessada/o	1	2	3	4	5

## Anexo 5: Escala de Satisfação com o suporte social

### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (Pais Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações. Marque um X na tabela a expressão o que melhor classifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7- Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8- Gostava de participar mais em atividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos etc.)	A	B	C	D	E
9- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14- Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

## Anexo 6: WHOQOL-BREF

### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5



As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5